

Al nacer	a los 2 meses	Edad mínima para la primera dosis
HepB	IPV	6 semanas
	HepB *	al nacer
	Hib	6 semanas
	DTaP	6 semanas
	PCV	6 semanas
	Rv ****	6 semanas



IRIS

a los 4 meses	Intervalo mínimo de la dosis previa
IPV	4 semanas
HepB *	4 semanas
Hib	4 semanas
DTaP	4 semanas
PCV	4 semanas
Rv	4 semanas

a los 6 meses	Intervalo mínimo de la dosis previa
IPV	4 semanas
HepB *	8 semanas
Hib **	4 semanas
DTaP	4 semanas
PCV	4 semanas
Rv	4 semanas

a los 12 meses	Intervalo mínimo de la dosis previa
MMR	En el 1er cumpleaños o después
Hib	8 semanas
VAR	En el 1er cumpleaños o después
PCV	8 semanas
HepA	En el 1er cumpleaños o después

a los 15 meses	Intervalo mínimo de la dosis previa
DTaP	6 semanas
a los 18 meses	Intervalo mínimo de la dosis previa
HepA	6 semanas
MMR	4 semanas
VAR ***	3 semanas

Este es el calendario que se recomienda. Para otras alternativas y detalles, consulte el calendario más actual del "Calendario de Vacunas Recomendado en la Niñez, de los Estados Unidos".

* Hep B se puede dar al nacer, a 1 y 6 meses.

** No se necesita si se administró la Pedvax HIB.

*** A partir de enero 2007, se recomienda una segunda dosis contra la varicela entre las edades de 4-6 años de edad.

**** La serie tiene que comenzar a las 13 semanas. La dosis final de la serie necesita ser administrada para las 32 semanas de edad.

*Vacunas para los Preadolescentes
Asegúrese que los jóvenes entre los 9 y 12 años de edad están protegidos. Déle las vacunas meningococal, refuerzo Tdap, la MMR #2, la 3ra dosis de la Serie de Hep B, la 2da dosis de la serie de Hep A, la 3ra dosis de la serie HPV y la 2da dosis de varicela a menos que exista historial de confiar de la enfermedad o de vacunas.*

Coordinación de Vacunas



Idaho
Immunization
Program



STATE OF IDAHO
DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Preguntas de Evaluación

- Si los padres responden "no" a todas estas preguntas, vacunen al niño. Si un parente responde "sí" a cualquiera de estas preguntas, refiérase a la "Guía de Contraindicaciones a las Vacunas Infantiles"
1. ¿Está su hijo enfermo hoy o tiene fiebre?
 2. ¿Está su hijo, u otra persona en casa, actualmente tomando esteroides (tales como cortisona o prednisona) o tratamiento para el cáncer, o las han tomado en los últimos 3 meses?
 3. ¿Tiene su hijo, u otra persona en casa, cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otra inmunodeficiencia?
 4. ¿Ha tenido su hijo alguna reacción a una vacuna en donde necesitó atención médica?
 5. ¿Ha tenido su hijo alguna vez convulsiones o ataques? ¿Tiene su hijo otro problema que afecta su cerebro o nervios?
 6. ¿Tiene su hijo una alergia a una de las siguientes: la neomicina, la gelatina o la levadura?
 7. ¿Ha tenido su hijo una transfusión de sangre o una vacuna de gammaglobulina el pasado año?
 8. ¿Está su hijo actualmente tomando aspirina?
 9. [Para muchachas adolescentes] ¿Puede estar embarazada?
 10. ¿Ha recibido su hijo vacunas en las últimas 4 semanas?
- Los fabricantes cambian sus productos de vez en cuando. Por esta razón, siempre lea la información del fabricante si la tiene disponible.
- Los fabricantes cambian sus productos de vez en cuando. Por esta razón, siempre lea la información del fabricante si la tiene disponible.
- | Acetaminophen Dosage Chart | | Pastillas Masticables de 80 mg | |
|----------------------------|-----------------|--------------------------------|--------------------------|
| Edad Peso
meses | Gotas
Elixir | .4 ml
½ gotero | |
| 0-3 | 6-11 lbs. | .4 ml
½ gotero | |
| 4-11
meses | 12-17 lbs. | .8 ml
1 gotero | ½ cuchdta. |
| 12-23 | 18-23 lbs. | 1.2 ml
½ gotero | ¾ cuchdta.
3.75 ml |
| 2-3 años | 24-35 lbs. | 1.6 ml | 1 cuchdta.
2 tabletas |